

ENTRE A CRISE E O TERRITÓRIO: CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM HOSPITAL GERAL PEDIÁTRICO

BETWEEN CRISIS AND COMMUNITY: BUILDING A CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH CARE PATHWAY IN A PEDIATRIC GENERAL HOSPITAL

ENTRE LA CRISIS Y EL TERRITORIO: CONSTRUCCIÓN DE UNA LÍNEA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL EN UN HOSPITAL GENERAL PEDIÁTRICO

Layna Nunes Nascimento¹, Bruno Freitas Vigorito², Maria de Fátima Moreira da Silva Costa³, Luis Felipe Miranda Pesca⁴, Vanuza Solange Guasti Lopes⁵

DOI: 10.54899/dcs.v23i96.6804

Recibido: 26/08/2026 | Aceptado: 28/08/2026 | Publicación en línea: 14/09/2026.

RESUMO

Este artigo descreve e analisa criticamente a implementação, a consolidação e a reorganização do Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil do Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), com ênfase na construção de uma linha de cuidado integrada ao território. Trata-se de relato de experiência institucional, descritivo e crítico-reflexivo, complementado pela análise de indicadores assistenciais e operacionais agregados. A experiência compreendeu março de 2018 a maio de 2026 e foi sistematizada com base em documentos institucionais e relatórios gerenciais. Entre 2022 e 2025, os atendimentos anuais de 1.704 para 4.429, enquanto a enfermaria de saúde mental passou de 10 para 25 leitos. A taxa de ocupação variou de 109,28% em 2022 para 76,63% em 2025; o tempo médio de permanência foi de 15,87 dias em 2024, 11,32 em 2025 e 9,21 no período parcial de 2026. A reorganização estruturou acesso direto à avaliação psiquiátrica, definição do nível de cuidado, assistência multiprofissional, Projeto Terapêutico Singular, planejamento precoce da alta e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e a rede intersetorial. Essas tendências contextualizam a transformação institucional, mas não permitem atribuir causalidade às intervenções. A experiência indica que o hospital geral pediátrico pode funcionar como ponto especializado, intensivo e transitório da rede quando o manejo da crise permanece vinculado à participação familiar, à corresponsabilização intersetorial e à continuidade territorial. A heterogeneidade dos registros reforça a necessidade de padronizar os indicadores de alta e continuidade assistencial.

¹ Mestre em Psiquiatria, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

E-mail: psiquiatracsarss@gmail.com

² Pós-Graduado em Enfermagem, Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

E-mail: bruno.vigorito@hotmail.com

³ Pós-Graduado em Pediatria, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

E-mail: mariamoreiraaa@gmail.com

⁴ Graduado em Medicina, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: luisfelipepesca@hotmail.com

⁵ Mestre em Pediatria, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

E-mail: vanuzaguasti2@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Hospitais Gerais. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This article describes and critically analyzes the implementation, consolidation, and reorganization of the Child and Adolescent Mental Health Service at Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), emphasizing the development of a care pathway integrated with community-based services. This institutional experience report adopted a descriptive and critical-reflective approach, supplemented by analysis of aggregated care and operational indicators. The experience covered March 2018 to May 2026 and was systematized using institutional documents and management reports. From 2022 to 2025, annual encounters increased from 1,704 to 4,429, while the mental health ward expanded from 10 to 25 beds. Bed occupancy changed from 109.28% in 2022 to 76.63% in 2025; mean length of stay was 15.87 days in 2024, 11.32 in 2025, and 9.21 during the partial 2026 period. The reorganization established direct access to psychiatric assessment, determination of the appropriate level of care, multidisciplinary care, individualized therapeutic planning, early discharge planning, and coordination with the Psychosocial Care Network and intersectoral services. These trends contextualize the institutional transformation but do not support causal attribution to the interventions. The experience indicates that a pediatric general hospital can operate as a specialized, intensive, and temporary point in the network when crisis management remains connected to family participation, intersectoral shared responsibility, and continuity of community care. The heterogeneity of records highlights the need to standardize indicators of discharge and continuity of care.

Keywords: Mental Health. Child Health. Adolescent Health. Hospitals, General. Mental Health Services.

RESUMEN

Este artículo describe y analiza críticamente la implementación, consolidación y reorganización del Servicio de Salud Mental Infantojuvenil del Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), con énfasis en la construcción de una línea de atención integrada al territorio. Se trata de un relato de experiencia institucional, descriptivo y crítico-reflexivo, complementado por el análisis de indicadores asistenciales y operativos agregados. La experiencia abarcó de marzo de 2018 a mayo de 2026 y se sistematizó mediante documentos institucionales e informes de gestión. Entre 2022 y 2025, las atenciones anuales aumentaron de 1.704 a 4.429, mientras la unidad de salud mental pasó de 10 a 25 camas. La tasa de ocupación varió del 109,28% en 2022 al 76,63% en 2025; la estancia media fue de 15,87 días en 2024, 11,32 en 2025 y 9,21 en el período parcial de 2026. La reorganización estructuró el acceso directo a la evaluación psiquiátrica, la definición del nivel de atención, la asistencia multiprofesional, el Proyecto Terapéutico Singular, la planificación temprana del alta y la articulación con la Red de Atención Psicosocial y la red intersectorial. Estas tendencias contextualizan la transformación institucional, pero no permiten atribuir causalidad a las intervenciones. La experiencia indica que el hospital general pediátrico puede funcionar como punto especializado, intensivo y transitorio de la red cuando el manejo de la crisis permanece vinculado con la participación familiar, la corresponsabilidad intersectorial y la continuidad territorial. La heterogeneidad de los registros refuerza la necesidad de estandarizar los indicadores de alta y continuidad asistencial.

Palabras clave: Salud Mental. Salud del Niño. Salud del Adolescente. Hospitales Generales. Servicios de Salud Mental.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A saúde mental de crianças e adolescentes constitui um problema sanitário de grande magnitude, mas sua relevância não se esgota na prevalência dos transtornos. Parte expressiva dessas condições inicia-se antes da vida adulta, em uma fase de rápidas transformações no desenvolvimento e de intensa vinculação com a família, a escola e a comunidade. Estimativas internacionais indicam que aproximadamente um em cada sete adolescentes entre 10 e 19 anos apresenta alguma condição de saúde mental e que metade dos transtornos se manifesta antes dos 18 anos. Apesar disso, o acesso a cuidados oportunos, apropriados à idade e articulados entre diferentes setores permanece insuficiente (World Health Organization, 2024). Em uma coorte realizada em 38 hospitais pediátricos dos Estados Unidos, os atendimentos de emergência relacionados à saúde mental cresceram, em média, 8% ao ano entre 2015 e 2020, e 13,2% dos pacientes retornaram por nova demanda de saúde mental no período de seis meses, evidenciando tanto a pressão sobre os serviços de urgência quanto a recorrência das necessidades assistenciais (Cushing *et al.*, 2023).

No Brasil, a constituição de uma política pública de saúde mental infantojuvenil ocorreu tardiamente. Durante grande parte do século XX, o tema não ocupava lugar estruturado na agenda nacional de saúde. As respostas permaneciam dispersas entre instituições filantrópicas, educacionais, assistenciais, judiciais e correcionais, frequentemente orientadas por perspectivas tutelares ou disciplinadoras. Muitos casos ficavam invisíveis ao sistema de saúde ou eram encaminhados segundo o problema social atribuído à criança, e não conforme suas necessidades integrais. Somente no início do século XXI, no interior da Reforma Psiquiátrica, o campo ganhou maior densidade político-assistencial, com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a afirmação da intersetorialidade como eixo estruturante (Couto; Delgado, 2015).

Essa mudança está ligada à transformação do estatuto jurídico da infância. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente instituíram a proteção integral, reconheceram crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e atribuíram à família, à

sociedade e ao Estado o dever de assegurar-lhes saúde, dignidade e convivência familiar e comunitária com prioridade absoluta (Brasil, 1988, 1990). No campo da saúde mental, isso requer superar práticas que reduzam a crise a desobediência, periculosidade, incapacidade familiar ou inadequação escolar. Escuta, acolhimento, participação familiar, proteção contra violências e preservação dos vínculos devem integrar o cuidado, e não permanecer como aspectos periféricos à conduta clínica (Brasil, 2014).

A Lei nº 10.216/2001 aprofundou essa inflexão ao estabelecer que a internação somente deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, devendo oferecer assistência integral, visar à reinserção social e não reproduzir características asilares (Brasil, 2001). A Reforma Psiquiátrica, portanto, não eliminou o cuidado hospitalar nas situações de elevada gravidade; modificou sua finalidade, seus limites e sua relação com a rede. A questão central não é uma oposição simplificada entre hospital e território, mas a capacidade de ofertar intensidade clínica sem transformar o hospital no centro permanente da trajetória do usuário.

Nesse desenho, o hospital geral integra o componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ofertando cuidado em situações de crise que demandem avaliação contínua, estabilização clínica, proteção imediata e suporte multiprofissional. Esse arranjo foi originalmente estabelecido pela Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS, e pela Portaria nº 148/2012, que regulamentou o Serviço Hospitalar de Referência, cujas disposições foram posteriormente incorporadas à Portaria de Consolidação nº 3/2017. O marco normativo estabelece a brevidade da internação, o cuidado integral, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a articulação com os demais pontos da rede e o planejamento da continuidade assistencial (Brasil, 2011, 2012, 2017). A alta, nessa perspectiva, não é apenas o encerramento do episódio hospitalar, mas uma transição que requer comunicação, pactuação de responsabilidades e condições concretas de continuidade no território.

É nesse sentido que a denominação Enfermaria de Saúde Mental Infantojuvenil, mais do que uma escolha terminológica, expressa determinada concepção de cuidado. O termo não descreve apenas um espaço destinado à internação psiquiátrica, mas um dispositivo no qual a intensidade clínica deve permanecer vinculada ao horizonte psicossocial. Isso implica compreender a crise em sua relação com o desenvolvimento, os vínculos, a vida familiar, a escolarização, a proteção social e o território, incorporando essas dimensões ao projeto terapêutico e à preparação da alta (Silva; Ferigato, 2020).

A abertura de leitos em hospital geral, entretanto, não garante, por si só, a superação do modelo manicomial. O dispositivo pode ampliar o cuidado integral e reduzir a segregação, mas também reproduzir práticas biomédicas, restritivas e pouco articuladas à rede (Echebarrena; Silva, 2020). Seu diferencial não reside apenas na localização física, mas na organização do acesso, da responsabilização clínica, do trabalho multiprofissional, da participação familiar e da saída hospitalar. Sem esses elementos, muda-se o cenário institucional, mas preserva-se a fragmentação entre crise, internação e vida cotidiana.

Na infância e na adolescência, a crise pode reunir sintomas psiquiátricos, alterações do desenvolvimento, condições clínicas, uso de substâncias, conflitos familiares, evasão escolar, violência e rupturas de vínculos. Nem toda vulnerabilidade social constitui indicação de internação, assim como a estabilização sintomática nem sempre modifica as condições que sustentaram a crise. O hospital deve distinguir necessidade clínica de necessidade de proteção social, sem dissociá-las, e acionar atenção primária, atenção psicossocial, assistência social, educação e Sistema de Garantia de Direitos. A intersectorialidade, nesse campo, decorre da própria natureza multidimensional das demandas (Brasil, 2014; World Health Organization, 2024).

Esse dever ganhou explicitação normativa com a Lei nº 15.413/2026, que incluiu no Estatuto da Criança e do Adolescente o direito de acesso a programas de saúde mental no Sistema Único de Saúde. A norma abrange atenção psicossocial básica e especializada, urgência e emergência e atenção hospitalar; prevê ainda capacitação permanente dos profissionais e linhas de cuidado adequadas às necessidades de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2026). Ao reconhecer a continuidade entre diferentes modalidades de atenção, a lei evidencia a insuficiência de respostas episódicas e desconectadas.

Em hospitais pediátricos de referência, organizar essa linha implica enfrentar estruturas tradicionalmente orientadas por especialidades, setores e episódios isolados. Quando a saúde mental funciona apenas como interconsulta tardia, o fluxo interno se organiza pelo rótulo diagnóstico ou a alta somente começa a ser planejada após a estabilização, aumentam os riscos de descontinuidade, permanência inadequadamente prolongada e indefinição de responsabilidades. Um serviço integrado deve articular porta de entrada, avaliação da crise, do risco e da necessidade de cuidado, assistência multiprofissional, reavaliação sistemática e preparação precoce da transição. Trata-se de passar de atendimentos psiquiátricos fragmentados dentro do hospital para uma linha de cuidado que o reconheça como nó temporário de uma rede mais ampla.

Apesar dos avanços normativos e da crescente pressão assistencial, ainda são pouco documentados, no Brasil, os processos pelos quais hospitais pediátricos implantam e reorganizam serviços de saúde mental integrados à RAPS. Em 2022, o Ministério da Saúde registrava 1.952 leitos de saúde mental distribuídos em 322 hospitais gerais, mas a publicação nacional não discriminava quantos se destinavam especificamente a crianças e adolescentes nem identificava os modelos organizados em hospitais exclusivamente pediátricos (Brasil, 2022). Essa ausência de diferenciação não representa apenas uma lacuna estatística: limita a compreensão dos arranjos assistenciais existentes, de sua inserção na rede e dos desafios próprios do cuidado hospitalar infantojuvenil.

Diante dessa lacuna, este artigo objetiva descrever e analisar criticamente a implementação, a consolidação e a reorganização do Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil do Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, no Espírito Santo, destacando a construção de uma linha de cuidado hospitalar integrada, seus arranjos assistenciais e intersetoriais, os indicadores que contextualizam sua evolução e os desafios para assegurar cuidado intensivo, transitório e territorialmente continuado.

MÉTODOS

Delineamento e Cenário do Estudo

Trata-se de relato de experiência institucional, de caráter descritivo e crítico-reflexivo, complementado por análise retrospectiva e descritiva de indicadores assistenciais e operacionais agregados. A unidade de análise foi a trajetória organizacional do Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil, e não os usuários individualmente considerados ou a efetividade clínica das intervenções realizadas. O relato de experiência foi adotado por possibilitar a sistematização crítica de uma prática profissional e institucional, articulando a descrição do processo, sua fundamentação teórica e a reflexão sobre as transformações produzidas e os desafios persistentes (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

O estudo foi desenvolvido no Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), localizado em Vila Velha, Espírito Santo. Trata-se de hospital geral público, de perfil pediátrico e materno-infantil, referência da rede estadual do Sistema Único de Saúde. O objeto do relato foi o processo de implementação, consolidação e reorganização do Serviço de

Saúde Mental Infantojuvenil, compreendido como modelo assistencial integrado por atendimento ambulatorial, resposta às urgências psiquiátricas e internação em Enfermaria de Saúde Mental Infantojuvenil.

A análise não se restringiu à estrutura física da enfermaria ou à disponibilidade de leitos. Foram considerados os arranjos de acesso, avaliação clínica e de risco, definição da necessidade e da intensidade do cuidado, trabalho multiprofissional, elaboração do Projeto Terapêutico Singular, planejamento da alta e articulação com os demais setores do hospital. Também foram examinadas as interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial, a atenção primária, a assistência social, a educação e o Sistema de Garantia de Direitos, especialmente nas situações em que a continuidade do cuidado ou a desospitalização dependiam de providências externas ao hospital.

Período e Fontes de Informação

A experiência institucional analisada compreendeu o período entre março de 2018, quando foi implantada a unidade especializada com dez leitos, e julho de 2026, quando foi formalizada a Linha de Cuidado Hospitalar em Saúde Mental Infantojuvenil. Esse intervalo abrangeu a implantação e a consolidação do serviço, a ampliação da enfermaria para 25 leitos e a reorganização dos processos de acesso, avaliação, internação, acompanhamento multiprofissional, preparação da alta e articulação territorial.

Os períodos dos indicadores quantitativos não coincidiram integralmente com o período do relato e foram delimitados conforme a disponibilidade de cada fonte. A produção assistencial anual foi analisada entre 2022 e 2025, enquanto os registros de janeiro a maio de 2026 foram tratados como dados parciais. Os indicadores operacionais de internação apresentaram séries iniciadas em 2021. As informações de procedência territorial e de códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde foram analisadas nos períodos específicos abrangidos pelos respectivos painéis institucionais.

A reconstrução da trajetória apoiou-se em três conjuntos de informações: a experiência de profissionais diretamente envolvidos na organização e no funcionamento do serviço; os documentos institucionais que formalizaram seus processos assistenciais; e os indicadores agregados disponibilizados pelo setor responsável pelas informações hospitalares. Foram examinados a Linha de Cuidado Hospitalar em Saúde Mental Infantojuvenil, procedimentos operacionais padronizados, fluxogramas, instrumentos assistenciais e relatórios gerenciais

relacionados ao acesso, à avaliação clínica e de risco, à estratificação da necessidade de cuidado, à internação, ao Projeto Terapêutico Singular, à alta e à continuidade do acompanhamento no território.

A experiência dos profissionais foi utilizada para contextualizar as mudanças, identificar marcos organizacionais e interpretar os problemas enfrentados, mas não para produzir estimativas numéricas. Os documentos foram selecionados por sua relação direta com a implantação ou reorganização do serviço e por sua capacidade de demonstrar a formalização dos processos descritos. Não foram realizadas entrevistas, aplicação de questionários ou escalas, observação estruturada para fins de pesquisa, consulta individual a prontuários ou acesso a bancos que permitissem identificar ou vincular pacientes.

Sistematização da Experiência e Análise dos Indicadores

Inicialmente, os acontecimentos foram organizados em sequência cronológica, permitindo identificar os principais momentos de implantação, expansão e reorganização do serviço. Em seguida, as informações foram dispostas em uma matriz analítica composta por cinco elementos: problema organizacional identificado; mudança implementada; função assistencial pretendida; evidência documental ou quantitativa disponível; e limites ou desafios persistentes.

A interpretação resultou da triangulação entre os marcos documentais, a experiência institucional sistematizada e os indicadores disponíveis. Mudanças organizacionais foram consideradas formalmente demonstradas quando encontravam correspondência nos documentos examinados. Os indicadores foram utilizados para contextualizar a evolução da demanda e da operação do serviço, sem serem tratados como comprovação isolada de efetividade. Aspectos identificados na experiência, mas não mensurados sistematicamente — como judicialização, dificuldades de articulação municipal e barreiras sociais ou protetivas à desospitalização — foram mantidos como observações institucionais qualitativas, sem estimativas de frequência ou atribuição de efeito causal.

Foram analisados o número de atendimentos, a média mensal de atendimentos, o número de leitos disponíveis, a taxa de ocupação operacional, o tempo médio de permanência, a procedência segundo município ou unidade da Federação e a frequência dos códigos ou motivos de atendimento registrados no sistema institucional. A unidade de contagem correspondeu aos atendimentos ou registros produzidos nos sistemas, e não necessariamente a usuários únicos. Por

essa razão, as frequências não foram interpretadas como número de pessoas atendidas, incidência ou prevalência de condições clínicas.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas, frequências relativas quando havia denominador válido, médias e variações percentuais. A média mensal foi calculada considerando o número de meses efetivamente abrangido em cada período. Os dados parciais de 2026 foram apresentados separadamente, sem projeção para o restante do ano. Não foram realizados testes de hipótese, análises de associação, comparação de grupos ou inferências causais.

Os indicadores de produção assistencial, internação, procedência e registros de CID foram originados de diferentes painéis e processos de extração. Esses conjuntos foram analisados separadamente, sem pressupor equivalência entre seus denominadores ou correspondência individual entre atendimentos, diagnósticos, internações, tempo de permanência e desfechos. As variações observadas foram interpretadas como parte da trajetória operacional do serviço, e não como efeitos isoladamente atribuíveis às mudanças implementadas.

Aspectos Éticos

Não houve recrutamento, interação ou intervenção com participantes de pesquisa. Os pesquisadores não acessaram prontuários, microdados, informações pessoais, dados clínicos individualizados ou qualquer base que permitisse a identificação direta ou indireta dos usuários. O setor responsável forneceu exclusivamente tabelas e indicadores previamente agregados, e os documentos examinados referiam-se à organização, aos fluxos e aos instrumentos institucionais, sem apresentação de casos clínicos individuais.

Nessas condições, o estudo enquadra-se na hipótese prevista no art. 1º, parágrafo único, inciso V, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, aplicável às pesquisas com bancos de dados cujas informações sejam agregadas e não permitam identificação individual, não estando sujeito a registro e avaliação pelo Sistema de Ética em Pesquisa. Por não haver participantes individualizados, não se aplicou a obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram observados os princípios de confidencialidade, minimização do uso de dados, integridade científica e proteção das informações institucionais.

O acesso aos indicadores e sua utilização para produção e divulgação científica foram autorizados pela Direção Geral do HIMABA e pelo setor institucional responsável pela custódia das informações.

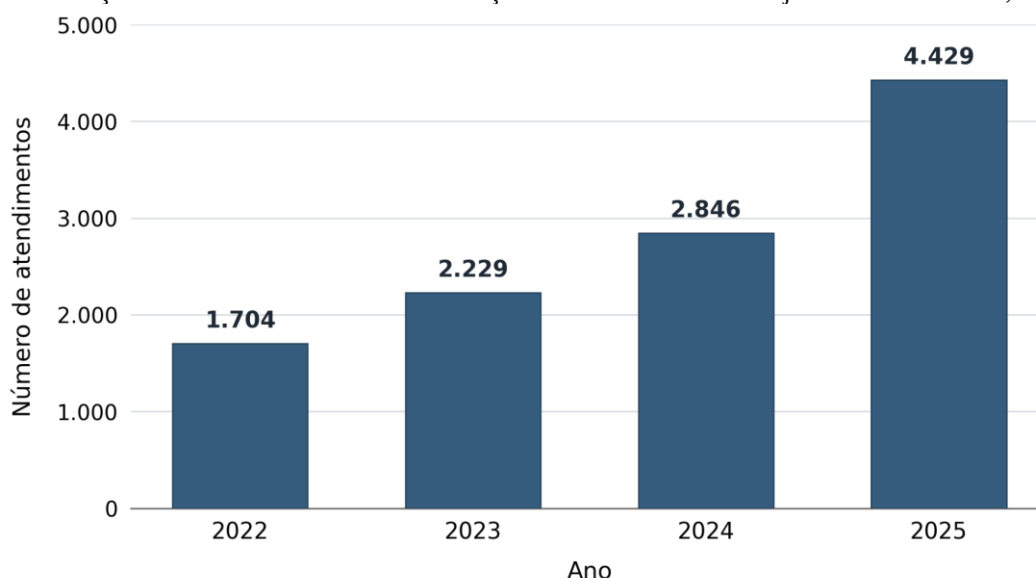
RESULTADOS

Implantação, Consolidação e Expansão do Serviço

O Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil do HIMABA foi implantado em março de 2018, inicialmente com 10 leitos especializados para crianças e adolescentes com necessidade de internação psiquiátrica. Sua organização ocorreu no interior de um hospital geral pediátrico e passou a reunir três dispositivos assistenciais — atendimento ambulatorial, avaliação das urgências psiquiátricas e internação especializada — com funções distintas, porém progressivamente articuladas no percurso do usuário.

Em 2025, a capacidade instalada da unidade de internação foi ampliada de 10 para 25 leitos, incremento de 150%. A expansão ocorreu em um período de crescimento contínuo da produção registrada pelo serviço. O número anual de atendimentos passou de 1.704, em 2022, para 2.229, em 2023, 2.846, em 2024, e 4.429, em 2025. Entre o primeiro e o último ano da série, o aumento acumulado foi de 159,9%, e a média mensal passou de 142,0 para 369,1 atendimentos. As variações anuais foram de 30,8% entre 2022 e 2023, 27,7% entre 2023 e 2024 e 55,6% entre 2024 e 2025. Os registros disponíveis de 2026 foram mantidos separadamente, por corresponderem a período parcial.

Figura 1 – Evolução anual dos atendimentos do Serviço de Saúde Mental Infantojuvenil do HIMABA, 2022–2025



Fonte: dados institucionais do HIMABA.

Reorganização do Acesso e Estruturação da Linha de Cuidado

Na configuração anterior, a atuação da Psiquiatria nas urgências ocorria predominantemente por interconsulta, após avaliação inicial por outra especialidade. Esse arranjo mantinha a avaliação psiquiátrica dependente da solicitação de parecer e organizava o acesso segundo a especialidade acionada, sem explicitar um percurso assistencial comum para as diferentes apresentações de crise.

Em 20 de maio de 2026, foi implantado o acesso direto à Psiquiatria no Pronto-Socorro, a partir da classificação inicial de risco e dos critérios institucionais. O novo fluxo passou a abranger demanda espontânea, encaminhamentos da rede assistencial, transferências reguladas e determinações judiciais, preservando a avaliação clínica geral quando indicada. A mudança não se limitou à antecipação do contato com o psiquiatra: a decisão assistencial passou a ser organizada pela necessidade de cuidado apresentada naquele momento, considerando risco, gravidade, comprometimento funcional, necessidade de ambiente protegido, suporte familiar e possibilidade de seguimento territorial.

A partir dessa avaliação, o percurso poderia resultar em alta com orientações e contrarreferência, encaminhamento para serviço territorial da RAPS, acompanhamento ambulatorial hospitalar ou internação. Essa organização substituiu a resposta binária entre internar e liberar por uma definição graduada do nível de cuidado necessário.

O processo foi formalizado na Linha de Cuidado Hospitalar em Saúde Mental Infantojuvenil, emitida em 3 de julho de 2026 e vigente desde 20 de julho de 2026. O documento integrou acesso, avaliação inicial, manejo e estabilização da crise, definição do nível assistencial, internação, Projeto Terapêutico Singular, planejamento da alta, contrarreferência e monitoramento da transição para o território.

Figura 2 – Fluxo assistencial da Linha de Cuidado Hospitalar em Saúde Mental Infantojuvenil do HIMABA



Fonte: elaboração do autor com base na Linha de Cuidado institucional.

Organização da Internação, Projeto Terapêutico Singular e Transição do Cuidado

A internação foi definida como recurso destinado às situações que exigiam cuidado intensivo, supervisão contínua, proteção imediata ou estabilização clínica em ambiente hospitalar. Após a admissão, a condução deixou de se restringir à sucessão de avaliações por especialidades e passou a ser estruturada por um Projeto Terapêutico Singular, construído com participação multiprofissional e revisto conforme a evolução e as necessidades identificadas.

O PTS reuniu problemas clínicos e psicossociais, objetivos terapêuticos, intervenções, responsabilidades profissionais, participação da família ou responsável, necessidades de proteção e condições requeridas para continuidade do cuidado. O planejamento da alta foi incorporado desde as etapas iniciais da internação, com identificação do município e do serviço territorial de

referência, antecipação de possíveis barreiras e definição dos responsáveis pelas providências necessárias.

A articulação do processo envolveu, conforme o caso, equipe assistencial, Núcleo Interno de Regulação, Escritório de Gestão de Altas, município de origem, serviços da RAPS, atenção primária, assistência social e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Foram incorporados instrumentos de contrarreferência e checklist de alta para reduzir a perda de informações na passagem entre hospital e território.

Durante a sistematização da experiência, foram reconhecidas barreiras à desospitalização relacionadas à insuficiência ou indisponibilidade de recursos territoriais, fragilidade do suporte familiar, vulnerabilidade social, necessidade de medida protetiva, indefinição da representação legal e demandas judiciais. Essas condições passaram a ser identificadas precocemente e registradas como problemas que exigiam corresponsabilização intersetorial. Retornos ao pronto-socorro e reinternações foram previstos como indicadores futuros da transição assistencial, mas ainda não havia série padronizada que permitisse sua análise neste estudo.

Evolução dos Indicadores Operacionais da Internação

A taxa média de ocupação foi de 93,87% em 2021 e atingiu 109,28% em 2022. Nos dois anos seguintes, foram registradas taxas de 90,37% e 95,04%, respectivamente. Em 2025, ano da ampliação para 25 leitos, a ocupação média foi de 76,63%. No período parcial de 2026, foi de 59,53%.

O tempo médio de permanência apresentou comportamento variável. Foram registrados 9,65 dias em 2021; 12,28 em 2022; 8,41 em 2023; 15,87 em 2024; e 11,32 em 2025. No período parcial de 2026, a média foi de 9,21 dias. A Tabela 1 apresenta conjuntamente os indicadores, sem atribuir as variações observadas a uma intervenção isolada.

Tabela 1 – Indicadores operacionais da Unidade de Saúde Mental Infantojuvenil do HIMABA, 2021–2026

Ano	Taxa média de ocupação (%)	Tempo médio de permanência (dias)
2021	93,87	9,65
2022	109,28	12,28
2023	90,37	8,41
2024	95,04	15,87
2025	76,63	11,32
2026*	59,53	9,21

* Dados parciais, correspondentes aos meses disponíveis no relatório institucional.

Fonte: dados institucionais do HIMABA.

Abrangência Territorial e Características dos Registros Assistenciais

Em 2025, foram registrados 1.775 atendimentos de usuários procedentes de Vila Velha, 1.085 de Cariacica, 636 da Serra, 446 de Vitória, 162 de Guarapari e 125 de Viana. Esses seis municípios responderam por 4.229 dos 4.429 registros anuais, equivalentes a 95,5% da produção registrada. Os demais atendimentos incluíram municípios de diferentes regiões do Espírito Santo, entre eles Linhares, Nova Venécia, Marechal Floriano, Afonso Cláudio, Jaguaré, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, São Gabriel da Palha e Baixo Guandu. Ocorreram ainda registros pontuais provenientes de outras unidades da Federação. Os números correspondem a atendimentos, e não a pessoas distintas.

Os registros de CID e de motivos de atendimento também demonstraram diversidade. Em 2025, as categorias mais frequentes foram autismo infantil, com 1.044 registros; distúrbios da atividade e da atenção, com 867; exame de rotina de saúde da criança, com 636; ansiedade generalizada, com 427; exame psiquiátrico geral não classificado, com 179; e transtorno misto ansioso e depressivo, com 137. Também foram registrados transtornos do desenvolvimento intelectual, transtorno desafiador e de oposição, episódios depressivos, transtornos de conduta, quadros psicóticos e situações classificadas como agitação e inquietação.

Nos dados parciais de 2026, a categoria “exame psiquiátrico geral não classificado” apresentou 1.130 registros, seguida por autismo infantil, com 323; distúrbios da atividade e da atenção, com 228; ansiedade generalizada, com 99; e exame de rotina de saúde da criança, com 72. Como o painel reúne diagnósticos clínicos, códigos de avaliação e motivos de atendimento, essas frequências foram tratadas como características do processo de registro, não como prevalências dos transtornos na população atendida.

DISCUSSÃO

A crise é o momento em que a arquitetura de uma política de saúde mental deixa de ser abstrata: quando o território não consegue sustentar o risco, a criança e sua família precisam encontrar uma porta capaz de acolhê-las; quando o hospital não consegue devolver o cuidado ao território, a internação deixa de ser ponte e corre o risco de tornar-se destino. É nesse intervalo — entre a desassistência e a institucionalização — que se situa a experiência do HIMABA. Sua relevância não decorre simplesmente da criação ou ampliação de leitos, mas da tentativa de responder a uma questão ainda aberta em diferentes sistemas de saúde: como assegurar proteção e cuidado intensivo na crise sem reconstruir, dentro do hospital geral, a lógica que a Reforma Psiquiátrica buscou superar? A orientação da Organização Mundial da Saúde é que crianças e jovens tenham acesso a um contínuo de serviços articulados, proporcionais às necessidades e capazes de permitir transições entre diferentes níveis de cuidado (World Health Organization, 2024).

Nesse sentido, designar a unidade como Enfermaria de Saúde Mental Infantojuvenil, e não simplesmente como enfermaria psiquiátrica, constitui uma escolha conceitual e organizacional. Silva e Ferigato (2020) sustentam que os termos não são equivalentes: a diferença envolve dimensões clínico-políticas e sanitárias, como comunicação em saúde, acesso, cobertura, modelo de gestão, produção do cuidado em rede e inserção na atenção hospitalar da RAPS. “Psiquiátrica” identifica uma especialidade indispensável, mas pode induzir à compreensão de que o objeto da unidade é apenas o transtorno e que sua resposta principal é médico-hospitalar. “Saúde mental” amplia o objeto do cuidado para incluir desenvolvimento, vínculos, família, escola, território, vulnerabilidades e possibilidades de continuidade. Não se trata de substituir a clínica psiquiátrica, mas de impedir que ela seja isolada do campo psicossocial que confere sentido e limite à internação.

Essa formulação também permite superar uma falsa oposição entre hospital e Reforma Psiquiátrica. A Lei nº 10.216/2001 não aboliu a internação; subordinou-a à insuficiência dos recursos extra-hospitalares, à integralidade do tratamento e à reinserção social. O hospital geral pode, portanto, constituir parte legítima da desinstitucionalização quando acolhe a crise pelo tempo necessário, utiliza meios proporcionais e organiza o retorno à vida comunitária. O que define o hospitalocentrismo não é a existência do leito, mas a transformação do leito em centro permanente do sistema. Do mesmo modo, fechar instituições asilares sem construir respostas

suficientes para crises graves pode produzir abandono sob a aparência de cuidado em liberdade. A experiência do HIMABA propõe uma terceira posição: hospitalidade clínica sem institucionalização, reconhecendo que proteção aguda e cuidado territorial não são alternativas excludentes, mas responsabilidades sucessivas e compartilhadas (Brasil, 2001; Silva; Ferigato, 2020; World Health Organization, 2024).

Em um hospital pediátrico, essa retaguarda adquire valor adicional. Crises com risco imediato, intoxicação, abstinência, agitação grave, sintomas psicóticos, comportamento suicida ou comorbidades clínicas exigem capacidade de avaliação e intervenção contínuas, em ambiente adaptado ao desenvolvimento e articulado às demais especialidades. A ausência de respostas apropriadas não elimina a crise; apenas a desloca para locais menos preparados. Em amostra nacional norte-americana, aproximadamente um terço das visitas pediátricas por saúde mental que resultaram em admissão ou transferência permaneceu por 12 horas ou mais no departamento de emergência, fenômeno relacionado à dificuldade de acesso ao longo do contínuo assistencial (Hoffmann *et al.*, 2025). A comparação não pretende transportar diretamente esse resultado para o SUS, mas evidencia um problema internacional: quando faltam pontos de cuidado ou conexão entre eles, a urgência hospitalar passa a abrigar não somente a gravidade clínica, mas também a insuficiência do sistema.

Sob essa perspectiva, a inovação do HIMABA não está apenas nos 25 leitos, mas na construção de uma tecnologia de rede dentro do hospital. O acesso direto da Psiquiatria no pronto-socorro, a definição do nível de cuidado, a integração entre urgência, ambulatório e enfermaria, o Projeto Terapêutico Singular, a identificação precoce do serviço territorial e o planejamento da alta deslocam o eixo da decisão de “internar ou liberar” para “qual intensidade de cuidado esta criança necessita agora e quem sustentará a etapa seguinte?”. A porta aberta não significa internação sem critérios; significa que o acesso à avaliação deixa de depender da capacidade prévia de outro serviço reconhecer e encaminhar corretamente a crise. Estudos brasileiros mostram que critérios não compartilhados e distanciamento entre CAPS e enfermarias favorecem fragmentação, enquanto estrutura adequada, formação das equipes e articulação com a RAPS são condições para que o hospital geral não reproduza um cuidado apenas biomédico (Silva; Ferigato, 2020; Jesus; Albuquerque; Santos, 2025).

O aumento de 1.704 atendimentos em 2022 para 4.429 em 2025, equivalente a 159,9%, deve ser lido à luz desse reposicionamento. Os dados não medem pessoas únicas nem autorizam concluir que a prevalência de transtornos mentais aumentou na mesma proporção. Ainda assim,

o crescimento não é um número vazio: demonstra que uma demanda encontrou uma porta progressivamente reconhecida pela rede e que o hospital passou a ocupar função regional antes pouco delimitada. Tendências internacionais também registram aumento da utilização e dos retornos às emergências pediátricas por razões de saúde mental, relacionados tanto à maior necessidade assistencial quanto às dificuldades de acesso e continuidade fora do hospital (Cushing *et al.*, 2023; Hoffmann *et al.*, 2025). A concentração de 95,5% dos atendimentos de 2025 em seis municípios da Grande Vitória reforça o caráter metropolitano da demanda, enquanto os encaminhamentos de outras regiões revelam a responsabilidade estadual assumida pelo serviço e levantam a questão do acesso das populações mais distantes.

As alterações recentes do Estatuto da Criança e do Adolescente ampliam a atualidade política dessa experiência. A Lei nº 15.243/2025 atribuiu ao poder público o dever de proporcionar assistência integral e multiprofissional a crianças e adolescentes dependentes ou com problemas decorrentes do uso de drogas. A Lei nº 15.413/2026 foi ainda mais explícita ao assegurar atenção psicossocial básica e especializada, urgência, emergência e atenção hospitalar, formação permanente dos profissionais e linhas de cuidado voltadas às situações de vulnerabilidade. Essas normas não transformam a internação em resposta preferencial; ao contrário, reconhecem que nenhuma modalidade isolada consegue responder à complexidade do sofrimento infantojuvenil. A linha de cuidado do HIMABA pode ser compreendida como tradução institucional concreta desse comando legal: receber a crise, definir o nível assistencial, tratar o episódio agudo e construir continuidade, evitando tanto o vazio entre serviços quanto a captura da criança por um único equipamento (Brasil, 2025; Brasil, 2026).

O comportamento do tempo médio de permanência ajuda a revelar esse processo de aprendizagem institucional. A série não apresenta queda linear: houve oscilação e um pico de 15,87 dias em 2024, seguido de redução para 11,32 dias em 2025 e 9,21 dias no período parcial de 2026. Isoladamente, esses valores pouco explicariam. Entretanto, quando examinados junto à ampliação dos leitos, à formalização dos fluxos, à antecipação do planejamento de alta, ao maior diálogo acumulado com os municípios e à progressiva delimitação da função hospitalar, tornam-se compatíveis com amadurecimento do modelo: o leito passa a ser utilizado menos como lugar de espera por solução externa e mais como etapa de estabilização e transição. Estudos demonstram que a permanência de adolescentes é determinada não apenas pela gravidade clínica, mas também por fatores familiares, hospitalares e pela disponibilidade de recursos após a alta (Zeshan *et al.*, 2018; Bond *et al.*, 2025). O relato não permite atribuir causalidade nem medir a

contribuição de cada mudança, mas permite interpretar a trajetória à luz do processo organizacional que a acompanhou.

Essa interpretação não equivale a celebrar altas rápidas. Dias retirados da internação não se convertem automaticamente em dias de cuidado adequado. A redução da permanência somente representa qualidade quando a crise está estabilizada, existe plano de segurança e a continuidade foi efetivamente construída. Caso contrário, a pressão para desocupar leitos pode produzir retornos precoces e novas rupturas. Em estudo com 28.551 crianças após atendimento emergencial em saúde mental, apenas 31,2% tiveram seguimento ambulatorial em sete dias, e 26,5% retornaram à atenção aguda em seis meses; o acesso ao seguimento mostrou-se especialmente difícil para quem não possuía vínculo ambulatorial prévio (Hoffmann *et al.*, 2023). Por isso, o resultado mais relevante do HIMABA não é simplesmente a diminuição do tempo médio, mas a mudança de significado da alta: de ato administrativo que encerra a internação para transição clínica pactuada pelo PTS, contrarreferência e responsabilização territorial.

É justamente na fronteira entre alta clínica e ausência de saída segura que a judicialização ganha significado. Na experiência institucional, decisões judiciais integraram os desafios à delimitação da função hospitalar, embora os dados disponíveis não permitam estimar frequência, tendência ou impacto quantitativo. A judicialização pode garantir acesso quando o direito à saúde foi negado, mas também pode converter a internação em resposta à falta de acolhimento, ao conflito familiar, à violência, ao ato infracional ou à insuficiência de serviços municipais. Estudos brasileiros mostram que categorias amplas como “agressividade” e “risco” podem simplificar histórias complexas e legitimar circuitos institucionais de controle sobre adolescentes vulneráveis (Reis; Guareschi, 2016; Braga; D’Oliveira, 2022). A ordem judicial define a modalidade compulsória, mas não transforma o hospital em residência nem substitui a reavaliação clínica da necessidade e da proporcionalidade. Defender esse limite não significa abandonar a criança; significa exigir que saúde, assistência social, educação, proteção e Justiça compartilhem a resposta que nenhum desses setores pode produzir sozinho.

O mesmo raciocínio se aplica às dificuldades de continuidade nos municípios. A demora em receber o paciente de volta pode refletir insuficiência de equipes, rotatividade, ausência de CAPSi, fragilidade da atenção primária, desconhecimento dos fluxos ou expectativa de que um serviço estadual especializado concentre todo o tratamento. A literatura descreve RAPS fragmentadas, encaminhamentos meramente burocráticos e comunicação dependente de relações pessoais, com prejuízo à corresponsabilização (Lima; Guimarães, 2019; Sampaio; Bispo Júnior,

2021). Surge, então, um paradoxo: quanto mais acessível e resolutivo se torna o hospital, maior pode ser a tendência de a rede transferir-lhe casos que deveriam permanecer compartilhados. O HIMABA pode enfrentar esse risco atuando como indutor técnico — pactuando critérios, discutindo casos, qualificando contrarreferências e apoiando a organização regional —, mas sem assumir indefinidamente atribuições territoriais. O êxito do serviço dependerá de sua capacidade de fortalecer a rede e reduzir demandas hospitalares evitáveis, preservando o leito para as situações que efetivamente exigem essa intensidade de cuidado.

A qualificação dos registros constitui a etapa seguinte desse amadurecimento. Os códigos disponíveis misturam diagnósticos, hipóteses, exames e motivos de atendimento; por isso, não podem ser interpretados como prevalência. A elevação do registro de “exame psiquiátrico geral não especificado” em 2026 pode expressar mudança do fluxo de acesso ou da prática de codificação, e não uma transformação epidemiológica. Em saúde mental infantojuvenil, registrar com maior fidedignidade não significa impor precocemente um diagnóstico definitivo, mas distinguir motivo da crise, risco predominante, hipótese clínica, comorbidades e diagnóstico revisto após observação. A CID fundamenta registros assistenciais, financiamento, planejamento, avaliação de qualidade e comparação de morbidade entre serviços (World Health Organization, [s.d.]). Aquilo que não é adequadamente registrado não desaparece apenas da planilha: torna-se menos visível para a gestão e para a política pública. Um conjunto mínimo padronizado, capaz de distinguir pessoas de episódios e registrar modalidade jurídica, atraso após alta clínica, destino e retornos, permitiria avaliar futuramente aquilo que o presente relato apenas torna perceptível.

Essa invisibilidade também ocorre no plano nacional. O Ministério da Saúde registrava, em 2022, 1.952 leitos de saúde mental habilitados em 322 hospitais gerais, mas a base publicada não permitia identificar quantos eram especificamente infantojuvenis nem quantos operavam com uma estrutura comparável à do HIMABA, integrando porta de urgência, avaliação direta, ambulatório, enfermaria, PTS e articulação territorial (Brasil, 2022). A literatura já assinalava a escassez de estudos sobre a produção das Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral e sobre o compartilhamento do cuidado com serviços extra-hospitalares (Silva; Ferigato, 2020). Não poder afirmar quantos serviços semelhantes existem impede classificar a experiência como única ou pioneira, mas reforça sua publicabilidade: o relato contribui para preencher uma lacuna de conhecimento organizacional sobre como a política se materializa no cuidado hospitalar infantojuvenil.

Assim, a experiência do HIMABA não oferece uma fórmula universal nem demonstra, por seu desenho, efetividade causal. Sua força está em apresentar uma resposta concreta a um dilema contemporâneo: hospitalizar quando necessário sem institucionalizar; proteger sem transformar tutela em permanência; especializar sem reduzir o sujeito ao diagnóstico; ampliar acesso sem desresponsabilizar o território. A inovação central não são os 25 leitos isoladamente, mas a governança das transições entre crise, hospital e comunidade. Em consonância com a orientação internacional de construir serviços infantojuvenis articulados e adequados ao contexto, a principal lição não é defender mais hospital ou menos hospital, mas o hospital certo, no momento certo, pela intensidade e pelo tempo necessários, com um caminho de volta efetivamente construído (World Health Organization, 2024).

LIMITAÇÕES

Os resultados devem ser interpretados à luz dos limites próprios de um relato de experiência desenvolvido em uma única instituição. O HIMABA está inserido em uma configuração específica da rede pública do Espírito Santo, com características assistenciais, territoriais e regulatórias que impedem a generalização direta dos indicadores para outros contextos. Essa delimitação, contudo, não inviabiliza a transferência analítica da experiência: os resultados quantitativos não constituem parâmetros universais, mas os componentes organizacionais descritos — integração entre emergência, enfermaria e ambulatório, definição do nível de cuidado, planejamento precoce da alta e articulação hospital-território — podem subsidiar reflexões em serviços que enfrentem problemas semelhantes.

Os indicadores analisados foram produzidos originalmente para finalidades assistenciais e gerenciais, apresentam períodos de observação e denominadores distintos e não dispõem de vinculação individual entre atendimentos, internações, diagnósticos, tempo de permanência e desfechos. Não é possível determinar, portanto, quantos usuários únicos foram atendidos, relacionar o crescimento da produção à prevalência de transtornos mentais ou atribuir as variações de ocupação e permanência a uma intervenção específica. A série referente a 2026, além de parcial, coincide com a implantação recente de mudanças relevantes no acesso e na organização do cuidado, não oferecendo seguimento suficiente para avaliação de seus efeitos.

A interpretação dos registros de CID requer cautela adicional. A base reúne diagnósticos clínicos, códigos de avaliação, motivos de atendimento e categorias inespecíficas, cuja utilização

pode variar segundo o profissional, o momento assistencial e as práticas institucionais de registro. As frequências apresentadas não correspondem, assim, ao perfil epidemiológico da população atendida nem ao perfil diagnóstico exclusivo dos pacientes internados. Mudanças temporais nesses registros também podem refletir alterações de codificação ou de organização do acesso, e não necessariamente modificações na ocorrência das condições clínicas.

Desafios como judicialização, dificuldade de articulação com determinados municípios, fragilidade da retaguarda territorial e permanências hospitalares prolongadas por razões sociais, familiares ou protetivas emergiram na experiência institucional, mas não foram mensurados de forma sistemática. Por isso, não se pode estimar sua frequência nem seu peso relativo sobre o tempo de internação e as condições de alta. Também não estavam disponíveis dados longitudinais sobre continuidade do cuidado no território, retornos à emergência, reinternações, manutenção dos ganhos terapêuticos ou condições dos usuários após a saída do hospital. A inexistência de um levantamento nacional específico sobre enfermarias de saúde mental infantojuvenil integradas a hospitais gerais pediátricos limita, ainda, a comparação com experiências equivalentes.

Essas limitações definem a agenda avaliativa que se segue à implantação. A consolidação de identificadores individualizados, a padronização dos registros clínicos, o acompanhamento das transições pós-alta e a incorporação de indicadores sobre reinternação, continuidade territorial, judicialização e barreiras à desospitalização permitirão avançar da descrição organizacional para a avaliação de resultados. O presente estudo não pretende demonstrar a efetividade isolada do modelo, mas tornar visível uma experiência ainda pouco documentada no país e explicitar os processos, tensões e aprendizados envolvidos na construção de uma resposta hospitalar integrada à atenção psicossocial infantojuvenil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do HIMABA evidencia que a presença do hospital na atenção psicossocial infantojuvenil não deve ser definida apenas pela existência ou pelo número de leitos, mas pela função que ele assume no percurso do cuidado. A ampliação da capacidade assistencial respondeu a uma demanda concreta, porém o principal avanço descrito foi a transformação progressiva de um recurso hospitalar em um ponto articulado da rede: com acesso especializado, definição do nível de cuidado, integração entre emergência, ambulatório e internação, atuação multiprofissional, Projeto Terapêutico Singular e planejamento da transição para o território.

A denominação Enfermaria de Saúde Mental Infantojuvenil, nesse contexto, expressa uma escolha conceitual e assistencial. Trata-se de reconhecer que a crise não se reduz ao diagnóstico psiquiátrico ou ao controle imediato do risco, mas envolve condições clínicas, familiares, sociais, protetivas e territoriais que interferem tanto na necessidade de internação quanto na possibilidade de alta. Essa perspectiva não diminui a importância do cuidado médico e da resposta hospitalar intensiva; ao contrário, situa esses recursos dentro de um projeto terapêutico mais amplo, orientado pela integralidade e pela preservação dos vínculos da criança ou do adolescente com sua vida fora do hospital.

A experiência também demonstra que estabilizar a crise e construir uma saída segura são processos relacionados, mas não necessariamente simultâneos. O hospital pode conter o risco agudo, esclarecer hipóteses diagnósticas e reorganizar o tratamento, mas não pode substituir indefinidamente os recursos que devem existir no território. Quando a alta é retardada pela insuficiência de serviços comunitários, pela fragilidade do suporte familiar, por necessidades de proteção ou por impasses jurídicos, evidencia-se não apenas uma dificuldade hospitalar, mas uma descontinuidade da própria rede. A qualidade da assistência, portanto, não pode ser medida exclusivamente pela capacidade de admitir ou pela rapidez de desospitalizar, e sim pela possibilidade de produzir uma transição responsável, com continuidade efetiva do cuidado.

O relato contribui ao tornar visível uma experiência ainda pouco documentada no cenário brasileiro: a organização de uma enfermaria de saúde mental integrada a um hospital geral exclusivamente pediátrico e orientada pela lógica da RAPS. Seus resultados não demonstram, isoladamente, a efetividade do modelo, mas revelam processos organizacionais, tensões e aprendizados que podem subsidiar outros serviços. Ao mesmo tempo, apontam a necessidade de qualificar os registros, acompanhar longitudinalmente os usuários e produzir indicadores capazes de avaliar não somente o que ocorre durante a internação, mas também a continuidade assistencial, as reinternações, as barreiras à alta e os resultados alcançados após o retorno ao território.

Assim, a questão central não é simplesmente se o hospital deve ou não integrar a atenção psicossocial, mas sob qual lógica ele participa dessa rede. Quando a internação é indicada de forma criteriosa, conduzida pelo tempo necessário, orientada por um projeto terapêutico singular e acompanhada desde o início pela construção do retorno ao território, o hospital pode deixar de funcionar como destino para tornar-se passagem. Esse é o horizonte ético e assistencial sintetizado pela experiência do HIMABA: assegurar o hospital quando ele é indispensável e

impedir que a ausência de alternativas o transforme em permanência — hospitalizar quando necessário, sem institucionalizar.

REFERÊNCIAS

BOND, Laura *et al.* Prolonged length of hospital stay and delayed discharges among patients referred to child psychiatry liaison services: a 5-year retrospective analysis. *The Journal of Pediatrics*, v. 286, art. 114700, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114700>.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 5, e00170821, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT170821>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. ISBN 978-85-334-2162-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2022. 28 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.243, de 28 de outubro de 2025. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para garantir assistência integral e multiprofissional à criança e ao adolescente dependentes químicos e/ou com problemas decorrentes do uso de drogas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 out. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/15243.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.413, de 21 de maio de 2026. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para dispor sobre o direito da criança e do adolescente à saúde mental. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 maio 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/15413.htm. Acesso em: 26 ago. 2026.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.

CUSHING, Anna M. *et al.* Mental health revisits at US pediatric emergency departments. *JAMA Pediatrics*, v. 177, n. 2, p. 168–176, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4885>.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 44, n. esp. 3, p. 223–234, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E319>.

HOFFMANN, Jennifer A. *et al.* Follow-up after pediatric mental health emergency visits. *Pediatrics*, v. 151, n. 3, e2022057383, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057383>.

HOFFMANN, Jennifer A. *et al.* Pediatric mental health boarding in US emergency departments, 2018–2022. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, v. 6, n. 4, art. 100180, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100180>.

HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES. *Linha de Cuidado Hospitalar em Saúde Mental Infantojuvenil. Versão 1.0.* Vila Velha, ES: HIMABA, 2026. Documento institucional.

JESUS, Simone Cleide Rodrigues de; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Naíde Teodósio Valois. Gestão do cuidado em saúde mental no hospital geral: uma abordagem psicossocial das internações clínicas. *Saúde em Debate*, v. 49, n. 146, e9883, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251469883P>.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, e290310, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, v. 17, n. 48, p. 60–77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Nas teias da “rede de proteção”: internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 94–101, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1143>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.

SILVA, Michelle Chanchetti; FERIGATO, Sabrina Helena. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, e200103, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200103>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva: World Health Organization, [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 26 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health of children and young people: service guidance*. Geneva: World Health Organization, 2024. 122 p. ISBN 978-92-4-010037-4. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240100374>. Acesso em: 26 ago. 2026.

ZESHAN, Muhammad *et al.* Factors predicting length of stay in an adolescent psychiatric unit, South Bronx, NY: a short report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry, v. 27, n. 2, p. 142–147, 2018. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29662526/>. Acesso em: 26 ago. 2026.